HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES		VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/12/2023				
TIPO DE CONTRATO	Suministros	TIPO DE PROCESO	Licitación pública	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	LP-023-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
436-2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".	Fecha de suscripción:		12/12/2023
		Valor inicial:	$	368.221.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	8.450.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	133.200.000,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$	140.496.000,00
		VIGENCIA AÑO 2026	$	86.075.000,00
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Adiciones	$	-
		VIGENCIA AÑO 2023	$	-
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones		
		VIGENCIA AÑO 2023		
		VIGENCIA AÑO 2024	$	-
		VIGENCIA AÑO 2025	$	-
		VIGENCIA AÑO 2026	$	-
		VIGENCIA AÑO 2027	$	-
		Valor Total Contrato	$	368.221.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF: 472123	N°CDP (SIIF).: 99423
			Fecha: 12/12/2023	
		Garantía Cumplimiento		33-44-101244975
		Aseguradora		SEGUROS DEL ESTADO S.A.
		Fecha de aprobación de la Garantía		12/12/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Luz María Toloza Gonzalez
		Fecha de inicio de contrato		14/12/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 14/12/2023	FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:		830040574
BIOPLAST S.A.S		Dirección:		CO-DC-11001 - Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá
		Teléfono:		6014382224
		Cuenta Bancaria No.		20725969783
		Banco:		BANCOLOMBIA
		Tipo de Cuenta:	Ahorros: X	Corriente:

FORMA DE PAGO: NOVENTA (90) DÍAS

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL	FTS	FE01244585	19/12/2023	ZD000000008819	$ 8.447.720,00
Total del mes					**$ 8.447.720,00**
Saldo del contrato					**$ 2.280,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$8.447.720,00
VALOR EN LETRAS :	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

NOTA 1: N/A

OBSERVACIONES:

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 8.450.000,00	$ 8.447.720,00	$ 0,00	$ 2.280,00
AÑO 2024	$ 133.200.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 133.200.000,00
AÑO 2025	$ 140.496.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 140.496.000,00
AÑO 2026	$ 86.075.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 86.075.000,00
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 368.221.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 359.773.280,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalladael cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NUMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existencias almacen)	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Luz María Toloza González**
NUMERO DE CEDULA:	**39.648.310**
FIRMA :	

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: N/A

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: N/A

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A